

**Ordre du directeur  
Rapport public  
Feuille de couverture**

<b>Date de l'ordre :</b> 9 janvier 2025	
<b>Numéro d'ordre du directeur :</b> OD n° 001	
<b>Numéro d'inspection :</b>	
<b>Type d'ordre :</b> Ordre exigeant une gestion, par. 157 (1)	
<b>Titulaire de permis :</b> St. Joseph's at Fleming	
<b>Foyer de soins de longue durée et ville :</b> St. Joseph's at Fleming, Peterborough	
<b>Délivré par :</b> Brad Robinson (474)	<b>Signature numérique du directeur</b>

**SOMMAIRE DE L'ORDRE DU DIRECTEUR**

Le directeur a des motifs raisonnables de croire que le titulaire de permis ne peut pas ou ne veut pas gérer adéquatement le foyer, ou qu'il ne peut pas le faire sans aide. En outre, le directeur a tenu compte des facteurs prévus au par. 347 (1) du Règl. de l'Ont. 246/22 (p. ex. la gravité de la non-conformité, l'étendue de la non-conformité et les antécédents de non-conformité du titulaire de permis) pour déterminer que cet ordre est justifié.

## Ordre du directeur Rapport public

<b>Date de l'ordre :</b> 9 janvier 2025	
<b>Numéro d'ordre du directeur :</b> OD n° 001	
<b>Numéro d'inspection :</b>	
<b>Type d'ordre :</b> Ordre exigeant une gestion, par. 157 (1)	
<b>Titulaire de permis :</b> St. Joseph's at Fleming	
<b>Foyer de soins de longue durée et ville :</b> St. Joseph's at Fleming, Peterborough	
<b>Délivré par :</b> Brad Robinson (474)	<b>Délivré par :</b> Brad Robinson (474)

### SOMMAIRE DE L'ORDRE DU DIRECTEUR

Le directeur a des motifs raisonnables de croire que le titulaire de permis ne peut pas ou ne veut pas gérer adéquatement le foyer, ou qu'il ne peut pas le faire sans aide. En outre, le directeur a tenu compte des facteurs prévus au par. 347 (1) du Règl. de l'Ont. 246/22 (p. ex. la gravité de la non-conformité, l'étendue de la non-conformité et les antécédents de non-conformité du titulaire de permis) pour déterminer que cet ordre est justifié.

#### Contexte

Joseph's at Fleming est un foyer de soins de longue durée (« le foyer ») situé à Peterborough, en Ontario. Exploité par Joseph's at Fleming (« le titulaire de permis »), le foyer dispose d'un permis pour 200 lits de soins de longue durée.

À la suite d'inspections menées au foyer de novembre 2022 à décembre 2024, plusieurs avis écrits de non-conformité et ordres de conformité ont été adressés au titulaire de permis pour avoir omis de se conformer aux exigences de la *Loi de 2021*

*sur le redressement des soins de longue durée (« la LRSLD ») et du Règlement de l'Ontario 246/22 pris en application de la Loi (« le Règl. de l'Ont. 246/22 »).*

Malgré ces avis et ces ordres de conformité, le titulaire de permis n'a pas pris les mesures nécessaires pour se conformer à la loi et maintenir la conformité à la loi. Le titulaire de permis a fait preuve d'un manque de capacité et de compréhension de ce qui est nécessaire pour remédier à la non-conformité, maintenir la conformité et exploiter le foyer d'une manière qui répond aux exigences de la LRSLD et du Règl. de l'Ont. 246/22.

Le par. 157 (1) de la LRSLD stipule que le directeur peut ordonner à un titulaire de permis de retenir, à ses frais, les services d'une ou de plusieurs personnes qu'il juge acceptables pour agir à titre de gestionnaires du foyer ou pour aider à sa gestion. Le paragraphe 157 (2) prévoit que le directeur peut exiger du titulaire de permis qu'il retienne les services d'un gestionnaire : a) pour gérer ou aider à gérer l'ensemble des activités du foyer de soins de longue durée; ou b) pour gérer ou aider à gérer un problème particulier lié au fonctionnement du foyer de soins de longue durée. Le par. 157 (3) énonce les motifs possibles de cet ordre.

Comme indiqué ci-dessous, j'ordonne au titulaire de permis d'engager, à ses frais, une ou plusieurs personnes jugées acceptables par le directeur pour agir en tant que gestionnaires du foyer de soins de longue durée (pour gérer l'ensemble des activités du foyer). Conformément à l'alinéa 157 (3) (a) et (b) de la LRSLD, je donne cet ordre, car le titulaire de permis n'a pas respecté plusieurs exigences de la LRSLD et du Règl. de l'Ont. 246/22 et, comme expliqué plus en détail dans les motifs de l'ordre, j'ai des motifs raisonnables de croire que le titulaire de permis ne peut pas ou ne veut pas gérer correctement le foyer ou qu'il ne peut pas le faire sans aide.

Comme le montrent les motifs ci-dessous, il y a eu une non-conformité importante et, dans certains cas, répétée, des mêmes exigences de la LRSLD et du Règl. de l'Ont. 246/22. En conséquence, diverses mesures de conformité ont été prises à

l'encontre du titulaire de permis pour tenter de rendre le foyer conforme, y compris de nombreux avis écrits, des ordres de conformité et des pénalités administratives. De plus, le 2 mai 2024, conformément au par. 56 (1) de la LRSLD, j'ai ordonné au coordonnateur des placements de cesser d'autoriser les admissions dans le foyer, en raison du risque de préjudice pour la santé ou le bien-être des résidents du foyer ou des personnes qui pourraient être admises en tant que résidents.

Depuis le 14 mai 2024, les chefs des inspections de la Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée du ministère tiennent des réunions régulières avec le titulaire de permis et son conseil d'administration pour discuter des problèmes de conformité et des mesures à prendre par le titulaire de permis pour assurer la conformité. Malgré ces communications régulières, le titulaire de permis n'a pas pris les mesures nécessaires pour régler les problèmes de non-conformité persistants du foyer.

En outre, il y a eu une instabilité au sein de la haute direction, en raison d'une rotation fréquente des postes de direction dans le foyer et son organisation, à la suite de la démission du conseil d'administration du titulaire de permis. Cette instabilité n'a pas permis d'assurer une gestion efficace des activités du foyer ni de permettre au titulaire de permis de mettre en œuvre et de maintenir des mesures correctives pour garantir la conformité.

La non-conformité récurrente du titulaire de permis à diverses exigences, y compris, mais sans s'y limiter, la protection des résidents contre les mauvais traitements ou la négligence (art. 24 de la LRSLD) et la conformité aux exigences relatives aux soins de la peau et des plaies (art. 55, Règl. de l'Ont. 246/22) et à la protection et au contrôle des infections (art. 102, Règl. de l'Ont. 246/22), a une incidence directe sur les soins et la sécurité des résidents. En effet, la non-conformité à ces exigences présente un risque de préjudice pour les résidents du foyer, notamment en ce qui concerne la protection des résidents contre les abus sexuels (art. 24 de la LRSLD), le respect par le personnel des politiques du titulaire de permis concernant la douleur

et les plaies, qui exigent le transfert d'un résident à l'hôpital en raison d'une atteinte à l'intégrité de la peau (art. 24 de la LRSLD), le risque accru de propagation d'infections au sein du foyer en raison de l'utilisation inappropriée de l'équipement de protection individuelle (EPI) et le fait que les postes d'EPI ne sont pas entièrement approvisionnés (art. 102, Règl. de l'Ont. 246/22).

Une analyse statistique du rendement du foyer a révélé ce qui suit :

- Le foyer a reçu 98 plaintes au cours des 24 derniers mois et a enregistré un total de 216 rapports d'incidents critiques auprès du ministère des Soins de longue durée.
- Lors de l'inspection, le foyer a fait l'objet de 112 cas de non-conformité.

L'ensemble de ces raisons me donne, à titre de directeur, des motifs raisonnables de croire que le titulaire de permis n'est pas en mesure, ou refuse, de gérer correctement le foyer, ou qu'elle ne peut le faire sans aide. Je dois donc lui imposer de retenir les services d'un gestionnaire pour gérer l'ensemble des activités du foyer.

J'ai tenu compte des facteurs énoncés au par. 347 (1) du Règl. de l'Ont. 246/22 (p. ex. la gravité de la non-conformité, la portée de la non-conformité et les antécédents de non-conformité du titulaire de permis) pour déterminer que cet ordre est justifié.

**Ordre :** OD n° 001

Joseph's at Fleming, vous êtes tenu de vous conformer à l'ordre suivant avant la (les) date(s) indiquée(s) ci-dessous :

**Conformément à**

L'ordre, en vertu de la LRSLD, 2021, par. 157 (1).

**Non-conformité à la : LRSLD, 2021, par. 157 (1)**

Ordre exigeant une gestion

Par. 157 (1) : Le directeur peut ordonner au titulaire de permis de retenir, à ses propres frais, les services d'une ou de plusieurs personnes que le directeur juge acceptables pour agir à titre de gestionnaires du foyer de soins de longue durée ou pour aider à sa gestion.

**Ordre**

Joseph's at Fleming, (« le titulaire de permis ») reçoit l'ordre suivant :

(a) Retenir, à ses frais, les services d'une ou de plusieurs personnes décrites aux paragraphes (c) ou (d) du présent ordre, pour gérer l'ensemble des activités du St. Joseph's at Fleming, situé au 659, chemin Brealey, Peterborough (Ontario);

(b) Soumettre au directeur de la Direction de la planification des immobilisations, dans les 14 jours civils suivant la signification du présent ordre, une proposition de personne(s) telle que décrite au paragraphe (a) du présent ordre.

(c) La ou les personnes décrites au paragraphe (a) du présent ordre doivent être jugées acceptables par le directeur de la Direction de la planification des immobilisations et approuvées par écrit par le directeur de la Direction de la planification des immobilisations.

(d) Si le titulaire de permis ne soumet pas au directeur de la Direction de la planification des immobilisations une proposition de personne(s) décrite au paragraphe (a) du présent ordre dans le délai précisé au paragraphe (b) du présent ordre, le directeur de la Direction de la planification des immobilisations choisira la ou les personne(s) que le titulaire de permis doit retenir pour gérer le foyer.

(e) La ou les personnes décrites au paragraphe (a) du présent ordre et jugées

acceptables par le directeur du Service de la planification des immobilisations doivent posséder des qualifications particulières, notamment :

(i) L'expérience, les compétences et l'expertise requises pour exploiter et gérer un foyer de soins de longue durée (« FSLD ») en Ontario et pour maintenir la conformité avec la LRSLD et le Règl. de l'Ont. 246/22 pris en application de la LRSLD;

(ii) Avoir un bon dossier de conformité, ce qui, aux fins du présent ordre, signifie que le FSLD pour lequel la personne décrite au paragraphe (a) du présent ordre est titulaire de permis ou gestionnaire, ou auquel la personne décrite au paragraphe (a) du présent ordre fournit des services de conseil, a un dossier de conformité en vertu de la LRSLD ou de la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée*, qui est considéré comme substantiellement conforme, y compris :

(1) les incidents critiques qui surviennent sont signalés comme il se doit;

(2) les plaintes sont gérées efficacement dans le FSLD;

(3) le FSLD élabore des politiques et des procédures en utilisant des pratiques fondées sur des données probantes et des stratégies de qualité;

(4) le FSLD répond aux problèmes relevés lors des inspections;

(5) la non-conformité dans les domaines de préjudice réel ou de risque élevé de préjudice pour les résidents et toute autre personne identifiée lors des inspections est corrigée dans les délais requis par l'inspecteur.

(iii) Démontrer qu'elles n'ont pas, en vertu des lois d'une province, d'un territoire, d'un État ou d'un pays, au cours des trois années précédant le présent ordre,

(1) été déclarées en faillite ou avoir fait une cession volontaire en faillite;

(2) fait une proposition en vertu d'une loi relative à la faillite ou à l'insolvabilité;

(3) avoir fait l'objet d'une procédure, d'un arrangement ou d'un compromis avec des créanciers ou avoir entamé une telle procédure, y compris la désignation d'un séquestre ou d'un gestionnaire pour détenir ses actifs ou ceux de l'entreprise.

(f) Soumettre au directeur de la Direction de la planification des immobilisations un contrat écrit, conformément à l'article 113 de la LRSLD dans les 14 jours civils suivant la réception de l'approbation du directeur de la Direction de la planification des immobilisations, conformément au paragraphe (c) du présent ordre ou la sélection d'une ou de plusieurs personnes, conformément au paragraphe (d) du présent ordre;

(g) Signer le contrat écrit dans les 24 heures suivant la réception de l'approbation du contrat écrit par le directeur de la Direction de la planification des immobilisations, conformément à l'article 113 de la LRSLD, et remettre une copie de ce contrat une fois signé au directeur de la Direction de la planification des immobilisations;

(h) Soumettre au directeur de la Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée un plan de gestion, élaboré en collaboration avec la personne décrite au paragraphe (a) du présent ordre pour gérer le foyer et qui aborde spécifiquement les stratégies et les actions visant à atteindre la conformité dans les domaines considérés comme non conformes, dans les 30 jours civils suivant la réception de l'approbation du directeur de la Direction de la planification des immobilisations, conformément au paragraphe (c) du présent ordre, ou la sélection d'une personne, conformément au paragraphe (d) du présent ordre;

(i) La personne approuvée par le directeur de la Direction de la planification des immobilisations, conformément au paragraphe (c) du présent ordre ou sélectionnée par le directeur de la Direction de la planification des immobilisations, conformément au paragraphe (d) du présent ordre, commence à gérer le foyer, conformément au contrat écrit décrit au paragraphe (g) du présent ordre, dans les 24 heures suivant la signature de ce contrat écrit;

(j) La gestion du foyer par la personne décrite au paragraphe (a) du présent ordre est en vigueur jusqu'à ce que le directeur en décide autrement;

(k) Tous les coûts liés au respect du présent ordre sont aux frais du titulaire de permis, y compris, mais sans s'y limiter, tous les coûts liés à l'embauche de la personne décrite au paragraphe (a) du présent ordre;

(l) Après avoir reçu le présent ordre, se conformer aux paragraphes (a) à (k), et ne pas prendre de mesures qui compromettent la capacité de la personne approuvée par le directeur de la Direction de la planification des immobilisations, conformément au paragraphe (c) du présent ordre, ou sélectionnée par le directeur de la Direction de la planification des immobilisations, conformément au paragraphe (d) du présent ordre, à gérer le foyer dans sa pleine mesure.

**Motifs**

Non-conformité du titulaire de permis

Sur une période d'environ deux ans (de novembre 2022 à décembre 2024), le titulaire de permis ne s'est pas conformé à plusieurs exigences de la LRSLD et du Règl. de l'Ont. 246/22 pris en application de la LRSLD. Au cours des deux dernières années (de novembre 2022 à décembre 2024), le titulaire de permis a reçu 72 avis écrits, 40 ordres de conformité et 26 pénalités administratives (pour un total de plus de 100 000 \$).

Le présent ordre s'appuie sur tous les rapports d'inspection, les constats de non-conformité, les ordres de conformité et les avis de pénalité administrative donnés à la suite des inspections suivantes effectuées au foyer :

**Numéro d'inspection – Date du ou des rapports d'inspection émis**

n° 2022-1419-0001 – 3 novembre 2022

n° 2023-1419-0002 – 5 avril 2023

n° 2023-1419-0003 – 24 novembre 2023, 3 janvier 2024 (A1)

n° 2024-1419-0001 – 15 avril 2024

n° 2024-1419-0002 – 21 octobre 2024

n° 2024-1419-0003 – 9 décembre 2024

n° 2024-1419-0004 – 31 décembre 2024

À la lumière de ces inspections, voici un résumé de quelques-uns des domaines importants et récurrents de non-conformité du titulaire de permis, en vertu de la LRSLD et du Règl. de l'Ont. 246/22, qui ont posé un risque de préjudice et un risque pour le bien-être des résidents du foyer.

**Prévention des mauvais traitements et de la négligence (art. 24 de la LRSLD)**

Les inspections (n° 2023-1419-0002, n° 2023-1419-0003, n° 2024-1419-0001 et n° 2024-1419-0002) ont établi la non-conformité récurrente du titulaire de permis au par. 24 (1) de la LRSLD. Au cours de ces inspections, les inspecteurs ont fait des observations, mené des entretiens et recueilli des documents. Ce faisant, les inspecteurs ont établi que le personnel relevant du titulaire de permis ou les gestionnaires de secteur n'ont pas protégé certains résidents contre les mauvais traitements de quiconque ou n'ont pas veillé à ce que les résidents ne soient pas

négligés par le titulaire de permis ou le personnel (contrairement au par. 24 (1) de la LRSLD).

– Lors de l'inspection n° 2023-1419-0002, le titulaire de permis n'a pas respecté l'ordre de conformité précédemment donné concernant la protection des résidents, conformément au par. 24 (1) de la LRSLD, ce qui a donné lieu à l'émission d'un avis écrit et d'un avis de pénalité administrative de 1 100 \$.

– Lors de l'inspection n° 2023-1419-0003, le titulaire de permis n'avait pas non plus respecté les ordres de conformité précédemment donnés concernant la protection des résidents, conformément au par. 24 (1) de la LRSLD, ce qui a donné lieu à l'émission d'un avis écrit et d'un avis de pénalité administrative de 2 200 \$. En outre, les inspecteurs ont émis de nouveaux constats de non-conformité au par. 24 (1) de la LRSLD, ce qui a donné lieu à l'émission d'un ordre de conformité supplémentaire et d'un avis de pénalité administrative de 5 500 \$.

– Lors de l'inspection n° 2024-1419-0001, le titulaire de permis n'a pas respecté le par. 24 (1) de la LRSLDD, ce qui a donné lieu à l'émission d'un ordre de conformité et d'un avis de pénalité administrative connexe de 11 000 \$;

– Lors de l'inspection n° 2024-1419-0002, le titulaire de permis n'a pas respecté l'ordre de conformité précédemment donné concernant l'obligation de protection lors de l'inspection n° 2024-1419-0001, ce qui a donné lieu à un avis écrit pour non-respect d'un ordre de conformité et à un avis de pénalité administrative de 1 100 \$. En outre, les inspecteurs ont constaté un nouveau manquement à l'obligation de protection, qui a donné lieu à un ordre de conformité et à un avis de pénalité administrative de 16 500 \$, car il s'agissait d'un troisième manquement en vertu de l'alinéa 349 (6) (b) du Règl. de l'Ont. 246/22.

Au cours de ces quatre inspections réalisées ces deux dernières années, les inspecteurs ont constaté des manquements continus et, dans certains cas, répétés, à l'obligation de protection, y compris, mais sans s'y limiter :

- le fait de ne pas s'assurer que la sonnette d'appel du résident est à portée de main et de laisser un résident sur les toilettes sans accès à une sonnette d'appel et dans l'obscurité;
- le fait que plusieurs membres du personnel n'aient pas respecté les politiques du titulaire de permis relatives aux soins de la peau et des plaies, et le fait que le titulaire de permis n'ait pas protégé un résident contre les abus sexuels;
- l'absence de collaboration entre les membres du personnel, le médecin, l'infirmière et le mandataire spécial;
- le défaut d'évaluation appropriée d'un résident qui présentait des signes et des symptômes de détresse respiratoire, l'inaction négligente qui a causé un préjudice au résident.

Au total, trois avis écrits (tous associés à des manquements aux ordres de conformité précédemment donnés), trois ordres de conformité ont été donnés et six avis de pénalités administratives d'un montant total de 37 400 \$ ont été émis à l'encontre du titulaire de permis.

### **Soins de la peau et des plaies**

Les inspections (n° 2024-1419-0001 et n° 2024-1419-0002) ont révélé une non-conformité persistante aux sous-alinéas 55 (2) (a) (ii) et 55 (2) (b) (i) du Règl. de l'Ont. 246/22, ce qui a donné lieu à la publication de trois avis écrits et d'un ordre de conformité de priorité élevée.

Le titulaire de permis n'a pas fait ce qui suit :

- s'assurer que, lorsque plusieurs résidents présentaient des zones d'altération de l'intégrité de la peau, ils faisaient l'objet d'une évaluation de la peau par un membre du personnel infirmier autorisé, à l'aide d'un instrument d'évaluation cliniquement approprié et spécialement conçu pour l'évaluation de la peau et des plaies;

- s'assurer que l'évaluation des lésions de pression d'un résident a été documentée à l'aide d'un instrument d'évaluation cliniquement approprié et spécialement conçu pour l'évaluation de la peau et des plaies;
- s'assurer qu'un résident a fait l'objet d'une évaluation de la peau à son retour de l'hôpital.

**Prévention et contrôle des infections (PCI)**

Les inspections n° 2022-1419-0001, n° 2023-1419-0002, n° 2023-1419-0003, n° 2024-1419-0001 et n° 2024-1419-0002 ont démontré une non-conformité continue et répétée au Règl. de l'Ont. 246/22, alinéas 102 (2) b, 102 (4) b), 102 (4) d), 102 (7) 9, par. 102 (8) et alinéa 102 (9) a.

– Lors de l'inspection n° 2022-1419-0001, un ordre de conformité a été donné pour non-conformité au Règl. de l'Ont. 246/22, alinéa 102 (2) b, car le titulaire de permis n'avait pas mis en œuvre la norme de PCI.

– Un deuxième ordre de conformité et une pénalité administrative de 5 500 \$ ont été donnés en vertu du par. 102 (8) pour avoir omis de s'assurer que tout le personnel participe à la mise en œuvre du programme de PCI du foyer.

– Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que la norme de PCI publiée par le directeur soit respectée, en particulier dans *COVID-19 : Document d'orientation pour les foyers de soins de longue durée en Ontario pour les bureaux de santé publique*, publié également par le directeur. Cette norme stipule que les foyers doivent fournir à tous les travailleurs de la santé, aux autres membres du personnel et à tous les visiteurs qui doivent porter un équipement de protection individuelle (EPI), des renseignements et une formation sur le port de l'EPI, y compris sur la façon de l'utiliser.

– Lors de l'inspection n° 2023-1419-0002, deux avis écrits ont été émis concernant la PCI :

- Un avis écrit en vertu de l'alinéa 102 (2) b du Règl. de l'Ont. 246/22 parce que le titulaire de permis n'a pas mis en œuvre la norme de la PCI;
- Un avis écrit pour défaut de se conformer à un ordre lié à l'alinéa 102 (9) a du Règl. de l'Ont. 246/22 pour avoir omis de surveiller les symptômes indiquant la présence d'une infection chez les résidents, conformément à la norme de la PCI, émis en vertu du par. 102 (2), et un avis de pénalité administrative connexe de 1 100 \$.
- Au cours de l'inspection n° 2023-1419-0003, quatre avis écrits ont été émis concernant la PCI :
  - Un avis écrit en vertu de l'alinéa 102 (2) b du Règl. de l'Ont. 246/22 pour avoir omis de mettre en œuvre la norme de la PCI;
  - Un avis écrit en vertu du par. 102 (8) du Règl. de l'Ont. 246/22 pour n'avoir pas veillé à ce que l'ensemble du personnel participe à la mise en œuvre du programme de PCI du foyer;
    - Le fait d'avoir omis de s'assurer que tout le personnel participe à la mise en œuvre du programme de PCI lié au nettoyage et à la désinfection de routine de l'équipement de mobilité des résidents;
- Un avis écrit en vertu de l'alinéa 102 (9) (a) du Règl. de l'Ont. 246/22 pour avoir omis de surveiller les symptômes indiquant la présence d'une infection chez les résidents, conformément à la norme de la PCI, émis en vertu du par. 102 (2);
- Un avis écrit pour défaut de se conformer à un ordre de conformité en vertu du par. 102 (9) a) du Règl. de l'Ont. 246/22 et l'avis de pénalité administrative de 2 200 \$ qui y est associé, marquant le deuxième défaut consécutif de se conformer à cet ordre de conformité lors de l'inspection n° 2022-1419-0001.

– Lors de l'inspection n° 2024-1419-0001, deux avis écrits et quatre ordres de conformité, ainsi que l'avis de pénalité administrative connexe, ont été émis concernant la PCI :

– Un avis écrit en vertu de l'alinéa 102 (4) (b) du Règl. de l'Ont. 246/22 pour n'avoir pas veillé à ce qu'une équipe interdisciplinaire affectée à la PCI, composée du responsable de la PCI, du directeur médical, du directeur des soins infirmiers et des soins personnels et de l'administrateur, coordonne et mette en œuvre le programme;

– Un avis écrit en vertu de l'alinéa 102 (4) (d) du Règl. de l'Ont. 246/22 pour n'avoir pas veillé à ce que le médecin hygiéniste local (ou son représentant) soit invité aux réunions de l'équipe interdisciplinaire affectée à la PCI;

– Un ordre de conformité en vertu de l'alinéa 102 (2) (b) du Règl. de l'Ont. 246/22 pour avoir omis de mettre en œuvre la norme de la PCI;

– Un avis de pénalité administrative connexe de 5 500 \$.

– Un ordre de conformité en vertu du par. 102 (7) du Règl. de l'Ont. 246/22 pour n'avoir pas veillé à ce que le responsable désigné de la PCI examine les résultats des dépistages quotidiens et mensuels recueillis par le titulaire de permis afin de déterminer si des mesures s'imposent.

– Un ordre de conformité en vertu du par. 102 (8) du Règl. de l'Ont. 246/22 pour avoir omis de s'assurer que tout le personnel participe à la mise en œuvre du programme de PCI du foyer, par exemple, mais sans s'y limiter, par les moyens suivants :

Le personnel transportait des produits liés à l'incontinence et du linge souillé dans le couloir, les appareils de surveillance des signes vitaux et les ascenseurs mécaniques étaient utilisés entre les résidents sans être nettoyés ni désinfectés. De plus, des gants, des produits d'incontinence

et du linge souillé étaient laissés sur les sols des salles de bains communes et des chambres des résidents.

- Un avis de pénalité administrative connexe de 11 000 \$.
- Un ordre de conformité en vertu du par. 102 (9) (a) du Règl. de l'Ont. 246/22 pour avoir omis de surveiller les symptômes indiquant la présence d'une infection chez les résidents, conformément à la norme de la PCI, donné en vertu du par. 102 (2)).
- Un avis de pénalité administrative connexe de 5 500 \$
- Lors de l'inspection n° 2024-1419-0002, un ordre de conformité a été donné et un avis de pénalité administrative de 11 000 \$ a été émis relativement à la PCI, en vertu de l'alinéa 102 (2) (b) du Règl. de l'Ont. 246/22, pour défaut de se conformer à la norme de la PCI.

Au cours des cinq inspections effectuées au cours des deux dernières années, les inspecteurs ont relevé des cas de non-conformité persistants et, dans certains cas, répétés, en ce qui concerne la PCI. Au total, huit avis écrits (dont deux associés à des manquements aux ordres de conformité précédemment donnés), sept ordres de conformité ont été donnés et sept avis de pénalités administratives d'une valeur totale de 41 800 \$ ont été émis à l'intention du titulaire de permis. Les résidents des FSLD sont particulièrement susceptibles de contracter des maladies graves à la suite d'une infection. La non-participation du personnel à la mise en œuvre du programme de PCI et le non-respect continu des règlements et des normes de la PCI exposent les résidents à un risque accru d'infection.

### **Inspection de novembre 2024 (n° 2024-1419-0003)**

De nouvelles constatations de non-conformité ont été faites lors d'une inspection relative à une plainte ou à un incident critique réalisée en

novembre 2024. L'inspection a donné lieu à 13 avis écrits, 4 ordres de conformité et 1 avis de pénalité administrative.

Les ordres de conformité suivants ont été donnés au titulaire de permis pour non-conformité à diverses exigences de la LRSLD et du Règl. de l'Ont. 246/22 :

- Par. 147 (1) du Règl. de l'Ont. 246/22 : Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le mandataire spécial soit informé d'un incident lié à un médicament mettant en cause le résident et à ce que l'incident lié à un médicament soit documenté et accompagné d'un registre des mesures immédiates prises pour évaluer et maintenir l'état de santé du résident.
- Par. 25 (1) de la LRSLD, 2021 : Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que la politique écrite visant à promouvoir la tolérance zéro en ce qui concerne les mauvais traitements et la négligence à l'égard des résidents soit respectée à deux occasions distinctes.
- Par. 6 (7) de la LRSLD, 2021 : Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les soins prévus dans le plan de soins soient dispensés au résident comme il est précisé dans le plan.
  - Avis de pénalité administrative connexe de 3 300 \$.

En plus des ordres de conformité donnés ci-dessus, les avis écrits suivants ont également été émis au titulaire de permis à la suite de l'inspection de novembre 2024 :

- Sous-alinéa 112 (1) 4 ii. du Règl. de l'Ont. 246/22 : Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'un incident critique lié à une allégation de violence physique entre résidents comprenne les mesures à long terme prévues pour corriger la situation et empêcher qu'elle ne se reproduise.

- Alinéa 6 (1) (c) de la LRSLD, 2021 : Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le plan de soins écrit pour un résident, concernant les transferts et la mobilité, fournisse des instructions claires au personnel et aux autres personnes qui fournissent des soins directs au résident.
- Par. 6 (5) de la LRSLD, 2021 : Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le mandataire spécial d'un résident ait la possibilité de participer pleinement à l'élaboration et à la mise en œuvre du plan de soins du résident lorsque l'état de ce dernier a changé.
- Par. 6 (5) de la LRSLD, 2021 : Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le mandataire spécial d'un résident ait la possibilité de participer pleinement à l'élaboration et à la mise en œuvre du plan de soins du résident lorsque l'état de ce dernier a changé.
- Alinéa 6 (9) 1 de la LRSLD, 2021 : Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que la prestation des soins décrits dans le plan de soins d'un résident soit documentée avec précision.
- Alinéa 18 (1) (a) du Règl. de l'Ont. 246/22 : Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que, lorsque des côtés de lit étaient utilisés, les résidents fassent l'objet d'une évaluation et que le système de lit du résident soit évalué afin de minimiser les risques pour le résident.
- Alinéa 56 (2) (g) du Règl. de l'Ont. 246/22 : Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que sept résidents qui avaient besoin de produits liés à l'incontinence aient suffisamment de rechange pour rester propres, secs et à l'aise.
- Alinéa 29 (3) 5 du Règl. de l'Ont. 246/22 : Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le plan de soins soit fondé, au minimum, sur une évaluation interdisciplinaire des éléments suivants en ce qui concerne le résident; l'humeur et les modèles de comportement, y compris l'errance, tout comportement réactif cerné, tout déclencheur comportemental potentiel et

les variations dans le fonctionnement du résident à différents moments de la journée.

- Alinéa 34 (1) 2 du Règl. de l'Ont. 246/22 : Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le fauteuil roulant d'un résident convienne à ce dernier, car il n'était pas adapté à son état physique actuel.
- Alinéa 53 (1) 1 du Règl. de l'Ont. 246/22 : Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le personnel se conforme à la politique du programme de prévention et de gestion des chutes du titulaire de permis, qui demande aux infirmières autorisées et aux infirmières praticiennes autorisées de documenter la chute d'un résident dans les notes d'évolution.
- Alinéa 102 (2) (b) du Règl. de l'Ont. 246/22 : Le titulaire de permis n'a pas veillé à la mise en œuvre des normes ou des protocoles émis par le directeur en ce qui concerne la PCI. Plus précisément, des vérifications trimestrielles n'ont pas été effectuées pour s'assurer que des vérifications étaient réalisées régulièrement pour veiller à ce que tous les membres du personnel puissent acquérir les compétences requises dans leur rôle, conformément à la norme de la PCI, exigence supplémentaire 7.3 (b) du document « Norme de prévention et de contrôle des infections pour les foyers de soins de longue durée » (Norme de PCI), avril 2022; dernière révision en septembre 2023.
- Par. 140 (1) du Règl. de l'Ont. 246/22 : Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'aucun médicament ne soit administré à un résident à moins que le médicament n'ait été prescrit pour le résident.
- Par. 28 (1) de la LRSLD, 2021 : Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'une allégation de traitement inapproprié ou incompetent d'un résident ayant causé un préjudice ou un risque de préjudice pour le résident soit immédiatement signalée au directeur.

- Alinéa 53 (1) 4 du Règl. de l'Ont. 246/22 : Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le personnel se conforme au programme de gestion de la douleur du titulaire de permis.

**Instabilité de la direction**

Au cours des deux dernières années, il y a eu une rotation fréquente des postes clés de direction et de gestion :

- Quatre directeurs de secteur en 2023 et en 2024, dont le plus récent est entré en fonction en décembre 2024.
- Le directeur des soins a été remplacé en août 2023.
- Le responsable de la PCI a été remplacé en septembre 2024.
- Démission du conseil d'administration en novembre 2024.
  - Conseil d'administration intérimaire en vigueur immédiatement.
- Démission du directeur général à compter du 31 décembre 2024.
  - Mise en place d'un directeur général intérimaire à partir du 20 décembre 2024.

Les fréquents postes vacants et la rotation des postes de direction clés sur une courte période représentent une instabilité au sein du foyer au niveau de la direction. Il incombe à la direction de diriger et de gérer les activités du foyer, y compris d'élaborer des mesures pour remédier à la non-conformité.

L'instabilité et la rotation contribuent à l'incapacité de la direction et des cadres supérieurs à fournir une orientation efficace au personnel et une expertise permettant de comprendre efficacement les problèmes de non-conformité du foyer, de prendre les mesures nécessaires pour les

corriger et de gérer et d'exploiter le foyer conformément aux exigences de la LRSLD.

Depuis le 14 mai 2024, à 25 reprises, le chef de district de la Direction des inspections des foyers de soins de longue durée et/ou le chef des inspections du Bureau de district du Centre-Est ont rencontré le titulaire de permis et les membres de son conseil d'administration pour discuter des résultats des inspections ainsi que du plan du titulaire de permis pour se conformer aux exigences. Malgré ces réunions régulières, le titulaire de permis n'a pas pris de mesures adéquates pour assurer et maintenir la conformité aux exigences.

En résumé, les éléments suivants me donnent des motifs raisonnables de croire que le titulaire de permis ne peut pas ou ne veut pas gérer correctement le FSLD, ou qu'il ne peut pas le faire sans aide :

- La non-conformité répétée du titulaire de permis aux exigences de la LRSLD et du Règl. de l'Ont. 246/22, comme indiqué ci-dessus et dans les rapports d'inspection n° 2022-1419-0001, n° 2023-1419-0002, n° 2023-1419-0003, n° 2024-1419-0001, n° 2024-1419-0002, n° 2024-1419-0003.
- En particulier, les cas répétés de non-conformité du titulaire de permis à l'article 24 de la LRSLD (obligation de protéger les résidents), à l'article 102 du Règl. de l'Ont. 246/22 (programme de PCI), aux dispositions relatives aux soins directs aux résidents, y compris l'article 6 de la LRSLD (plan de soins), l'article 55 du Règl. de l'Ont. 246/22 (soins des plaies et de la peau) et l'article 140 du Règl. de l'Ont. 246/22 (administration des médicaments) susmentionnés. La non-conformité du titulaire de permis à ces exigences présente un risque de préjudice (et un risque pour le bien-être) pour les résidents du foyer, car plusieurs aspects des soins prodigués aux résidents ont été touchés.

- L'instabilité du personnel de direction du titulaire de permis et du foyer, due à la rotation fréquente des postes de direction, n'a pas permis au titulaire de comprendre, de mettre en œuvre une solution et de résoudre efficacement les problèmes de non-conformité du foyer, ni de gérer les activités du foyer
- Ma directive en vigueur depuis le 2 mai 2024 a mis fin aux admissions dans le foyer. Cette directive a été émise en vertu du par. 56 (1) de la LRSLD parce que je pensais qu'il y avait un risque de préjudice pour la santé ou le bien-être des résidents du foyer ou des personnes qui pourraient être admises en tant que résidents. Depuis que la directive a été émise, le titulaire de permis n'a pas été en mesure de se conformer aux exigences, comme l'a démontré l'inspection la plus récente effectuée au foyer (n° 2024-1419-0003).

Compte tenu de tout ce qui précède, il existe des motifs raisonnables de croire que le titulaire de permis ne peut pas ou ne veut pas gérer correctement le foyer sans aide.

La décision de donner cet ordre est fondée sur l'étendue et la gravité de la non-conformité, ainsi que sur les antécédents de non-conformité du titulaire de permis, en vertu du par. 347 (1) du Règl. de l'Ont. 246/22, au cours des 36 derniers mois.

La portée de la non-conformité est considérée comme étendue dans le foyer et représente une défaillance systémique qui affecte ou a le potentiel d'affecter négativement un grand nombre, voire la totalité, des résidents du foyer. La gravité de la non-conformité est jugée élevée en raison du préjudice et du risque de préjudice causés aux résidents par la non-conformité du titulaire de permis, comme l'ont révélé les inspections antérieures. Comme nous l'avons indiqué ci-dessus, depuis octobre 2022, le titulaire de permis a des antécédents de non-conformité et, dans certains cas, de non-conformité répétée à plusieurs exigences de la LRSLD et du Règl. de l'Ont. 246/22, ce qui justifie le présent ordre.



**Ministère des Soins de longue  
durée**

Division des opérations relatives aux  
soins de longue durée

Direction de l'inspection des foyers

**Ordre du directeur**

Direction de l'inspection des  
foyers de soins de longue durée  
Ministère des Soins de longue durée  
438, avenue University, 8<sup>e</sup> étage  
Toronto (Ontario) M7A 1N3

**INFORMATION POUR UNE RÉVISION OU UN APPEL****PRENDRE ACTE**

En vertu de l'article 170 de la *Loi de 2021 sur le redressement des soins de longue durée* (LRSLD), le titulaire de permis a le droit d'interjeter appel à l'une ou l'autre des décisions suivantes auprès de la Commission d'appel et de révision des services de santé (CARSS) :

- (a) un ordre donné par le directeur, en vertu des articles 155 à 159 de la LRSLD;
- (b) un avis de pénalité administrative délivré par le directeur, en vertu de l'article 158 de la LRSLD;
- (c) la décision de révision du directeur, rendue en vertu de l'article 169 de la LRSLD, concernant l'ordre de conformité (art. 155) ou l'avis de pénalité administrative (art. 158) d'un inspecteur.

La CARSS est un tribunal indépendant qui n'a aucun lien avec le Ministère. Elle est établie par la loi pour examiner les questions relatives aux services de soins de santé. Si le titulaire de permis décide d'interjeter appel, il doit remettre un avis d'appel écrit dans les 28 jours suivant la date à laquelle il a reçu une copie de l'ordre, de l'avis de pénalité administrative ou de la décision du directeur qui fait l'objet de l'appel. L'avis d'appel doit être remis à la fois à la CARSS et au directeur.

**Commission d'appel et de révision  
des services de santé**

À l'attention du registrateur  
151, rue Bloor Ouest, 9<sup>e</sup> étage  
Toronto (Ontario) M5S 1S4

**Directeur**

a/s du coordonnateur des appels  
Direction de l'inspection des foyers de  
soins de longue durée  
Ministère des Soins de longue durée  
438, avenue University, 8<sup>e</sup> étage



**Ministère des Soins de longue  
durée**

Division des opérations relatives aux  
soins de longue durée  
Direction de l'inspection des foyers

**Ordre du directeur**

Direction de l'inspection des  
foyers de soins de longue durée  
Ministère des Soins de longue durée  
438, avenue University, 8<sup>e</sup> étage  
Toronto (Ontario) M7A 1N3

Toronto (Ontario) M7A 1N3

Courriel :

[MLTC.AppealsCoordinator@ontario.ca](mailto:MLTC.AppealsCoordinator@ontario.ca)

Dès réception, la CARSS accusera réception de votre avis d'appel et vous fournira des instructions concernant la procédure d'appel et d'audience. Le titulaire de permis peut en savoir plus sur la CARSS en consultant le site Web

[www.hsarb.on.ca](http://www.hsarb.on.ca).